

Administration de la sécurité sociale

Informations importantes



**CETTE PAGE EST JOINTE UNIQUEMENT POUR INFORMATION.
NE PAS REMPLIR LES PAGES SUIVANTES
CETTE NOTICE N'EST PAS UN FORMULAIRE DE DEMANDE.**

Selon nos dossiers, il se peut que vous soyez en droit d'obtenir une aide supplémentaire pour le paiement de vos médicaments sur ordonnance.

Un nouveau programme Medicare de médicaments sur ordonnance sera bientôt en place. Ce nouveau programme vous apportera divers plans de prescriptions offrant divers types de couverture.

Vous pouvez éventuellement obtenir une aide supplémentaire pour le règlement de la franchise annuelle, des primes et du ticket-modérateur en relation avec le nouveau programme Medicare de médicaments sur ordonnance (Medicare Prescription Drug), soit une aide supplémentaire de 2 100 USD.

Mais avant que nous puissions vous aider, **vous devez remplir le formulaire de demande, le glisser dans l'enveloppe jointe et nous la renvoyer dès aujourd'hui.** Vous pouvez également effectuer votre demande en ligne sur le site www.socialsecurity.gov dès le 1^{er} juillet 2005. Nous étudierons alors votre demande et vous enverrons une lettre pour vous indiquer si vous êtes en droit de bénéficier d'une aide supplémentaire. Nous vous adresserons également des informations sur le programme Medicare de médicaments sur ordonnance et vous indiquerons comment procéder ensuite.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir cette demande, appelez la Sécurité Sociale en composant le **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**). Vous trouverez de plus amples informations sur le site www.socialsecurity.gov

Si vous avez besoin de plus amples informations sur le nouveau programme Medicare de médicaments sur ordonnance, composez le **1-800-MEDICARE** (TTY **1-877-486-2048**) ou consultez le site www.medicare.gov.

Si vous postez votre demande dès aujourd'hui, nous pourrions vous fournir une réponse plus rapide pour savoir si remplissez ou non les conditions requises pour recevoir cette aide supplémentaire.

A handwritten signature in blue ink that reads "Jo Anne B. Barnhart".

Jo Anne B. Barnhart
Commissioner

Instructions générales pour remplir la demande d'aide Medicare pour le plan de prise en charge des médicaments sur ordonnance



Pour une aide supplémentaire dans la prise en charge des médicaments

NOTE SPÉCIALE POUR LES DEMANDEURS PARLANT LE FRANÇAIS

Parce que nous voulons traiter vos demandes aussi rapidement et efficacement que possible, nous utilisons des formulaires lisibles informatiquement. Malheureusement, nos ordinateurs ne lisant pas le français vous devrez remplir la version en anglais ou en espagnol de ce formulaire de demande.

Ce formulaire a été traduit en français pour vous aider. Vous devrez cependant saisir vos réponses à chaque question sur un formulaire en anglais ou en espagnol. N'oubliez pas de signer le formulaire après l'avoir rempli.

CETTE NOTICE N'EST PAS UN FORMULAIRE DE DEMANDE.

Est-ce que vous-même (ou la personne que vous aidez à remplir cette demande) bénéficiez de Medicare et d'un complément de revenu de sécurité sociale (Supplemental Security Income, SSI), ou bien de Medicare et de Medicaid, ou encore est-ce que votre État prend en charge vos primes Medicare ?

Si la réponse est **OUI**, ne remplissez pas cette demande parce que vous allez automatiquement bénéficier de cette aide supplémentaire. Vous serez informé(e) des modalités selon lesquelles vous allez bénéficier de cette aide par courrier séparé. Si vous répondez par **NON** ou par **JE NE SAIS PAS**, veuillez remplir cette demande. Lisez d'abord les instructions suivantes. Sauf avis contraire, répondez à toutes les questions.

Comment remplir cette demande

- utilisez de l'**ENCRE NOIRE** ou un **crayon n° 2** ;
- aucun chiffre, lettre ou coche (X) ne doit dépasser des cases ;
- ne pas accompagner les montants du symbole du dollar. Ce symbole est pré-imprimé et
- les cents peuvent être arrondis au dollar le plus proche.

★ EXEMPLE :

Cochez la case d'un X. NE REMPLISSEZ PAS les cases et ne les cochez pas ainsi.



CORRECT **INCORRECT**

Si vous aidez une autre personne à remplir cette demande

Répondez aux questions comme si c'était cette personne qui remplissait le formulaire. Vous devez connaître son numéro de sécurité sociale et ses informations financières. Vous devez également remplir la Section B page 6.

Pour effectuer votre demande

Vous pouvez remplir votre demande en ligne sur le site www.socialsecurity.gov ou utiliser l'enveloppe ci-jointe pour renvoyer votre demande dûment complétée et signée à cette adresse :

**Administration de la sécurité sociale
Wilkes-Barre Data Operations Center
P.O. Box 1020
Wilkes-Barre, PA 18767-9910**

Renvoyez l'ensemble du dossier dans l'enveloppe jointe. N'y ajoutez pas d'autres pièces. Si nous avons besoin d'un complément d'information, comme par exemple des attestations ou relevés émanant d'organismes financiers, nous vous contacterons.

Si vous avez des questions ou bien si vous avez besoin d'aide pour remplir cette demande.

Appelez-nous en composant le **1-800-772-1213** (appel gratuit). Si vous êtes sourd(e) ou malentendant(e), composez le **1-800-325-0778**.



NE PAS REMPLIR. CECI N'EST PAS UN FORMULAIRE DE DEMANDE.

4. Veuillez indiquer dans les cases ci-après les montants dont vous ou votre conjoint (si vous êtes mariés et non séparés), ou vous conjointement, êtes en possession sur vos comptes bancaires, comptes d'épargne/investissement ou en espèces. Veuillez préciser les biens dont chacun d'entre vous est en possession avec une autre personne. (Veuillez préciser uniquement les montants en dollars, pas le(s) numéro(s) de compte(s)). Si vous ou votre conjoint (si vous êtes mariés et non séparés) ne possédez pas l'un des éléments énumérés, séparément, conjointement ou avec une autre personne, veuillez cocher d'un la case **AUCUN** correspondante.

• Comptes bancaires (chèque, épargne et certificats de dépôt)	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Actions, obligations, bons d'épargne, fonds mutuels, retraite individuelle	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Comptes ou autres investissements du même type	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Autres espèces détenues à domicile ou ailleurs	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

5. Est-ce que vous (ou votre conjoint, si vous êtes mariés et non séparés) détenez des politiques d'assurance vie d'une valeur totale de plus de 1 500 USD ou plus ? Répondez pour vous et pour votre conjoint si vous n'êtes pas séparés. Si vous avez répondu **NON** pour vous et pour votre conjoint, reportez-vous directement à la question 6.

VOUS : **OUI** **NON**

CONJOINT (non séparé) : **OUI** **NON**

Si la réponse pour vous ou pour votre conjoint est **OUI**, quel montant vous rapporterait votre assurance-vie si vous la convertissiez maintenant en espèces ? (Il ne s'agit pas de la valeur faciale de vos polices. Vous devrez éventuellement consulter votre compagnie d'assurance qui vous aidera à répondre à cette question). Inscrire le montant voulu.

\$, .

6. Prévoyez-vous d'utiliser les montants provenant des sources énumérées aux questions 4 ou 5 pour régler vos frais d'inhumation ou d'enterrement pour vous-même (ou pour votre conjoint, si vous n'êtes pas séparés) ?

VOUS : **OUI** **NON**

CONJOINT (non séparé) : **OUI** **NON**

7. En dehors de votre résidence principale et du terrain sur laquelle elle est située, est-ce que vous (ou votre conjoint, si vous êtes mariés et non séparés) possédez des biens immobiliers ?

OUI **NON**



NE PAS REMPLIR. CECI N'EST PAS UN FORMULAIRE DE DEMANDE.

8. La situation de votre foyer est susceptible d'affecter le montant de l'aide dont vous pouvez bénéficier. En conséquence, nous devons savoir combien des personnes vivant au sein de votre foyer (et de celui de votre conjoint(e) si vous n'êtes pas séparés) sont à votre charge ou à celle de votre conjoint(e) à hauteur d'au moins la moitié de leur source de revenus. Sont considérés comme des parents, toutes personnes auxquelles vous êtes liées par le sang, par le mariage ou par l'adoption.

Combien de parents vivant avec vous et votre conjoint(e) dépendent de vous ou de votre conjoint au moins à concurrence de la moitié du soutien financier qui leur est apporté ? **Ne vous incluez pas, ni votre conjoint(e), dans ce chiffre.** (Cochez seulement une case.)

<input type="checkbox"/>									
AUCUN	1	2	3	4	5	6	7	8	9 ou plus

9. Si vous (ou, votre conjoint(e), si vous êtes mariés et non séparés) recevez un revenu de l'une ou l'autre des sources énumérées ci-après, veuillez indiquer le **montant total de votre revenu mensuel**. Si le **montant varie d'un mois sur l'autre, indiquez le revenu mensuel moyen pour l'année écoulée et pour chaque catégorie** dans les cases prévues à cet effet. Ne mentionnez pas ici les revenus salariaux ou acquis en qualité de travailleur indépendant, les revenus en intérêts, l'aide sociale, le remboursement des frais médicaux ou les paiements versés aux familles d'accueil. Si votre conjoint ou vous-même ne percevez aucun revenu de l'une ou l'autre des sources énumérées ci-après, cochez la case correspondante **AUCUN** ci-après.

• Sécurité sociale	Nous utiliserons le montant figurant dans nos dossiers.	
• Retraite des chemins de fer	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Anciens combattants	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Autres retraites ou pensions (ne pas faire figurer les sommes reçues au titre d'une prestation que vous avez mentionnée à la question 4.)	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Autres revenus non énumérés ci-dessus, y compris pensions alimentaires ou revenus locatifs, ou toutes indemnités pour accident du travail (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

10. L'un ou l'autre des montants inclus par vous à la question 9 a-t-il diminué au cours des deux dernières années ?

OUI NON

11. Quelqu'un pourvoit-il au paiement de ou vous aide-t-il (ainsi que votre conjoint, si vous êtes mariés et non séparés) à payer l'une ou l'autre des dépenses du ménage : alimentation, hypothèque, loyer, fioul domestique, gaz ou électricité, eau et impôts locaux ? (Ne mentionnez pas les bons alimentaires, les réparations à votre domicile principal, une aide au logement, un programme d'aide dans le domaine de l'énergie, les livraisons de repas à domicile, ou les aides relatives aux traitements médicaux et aux médicaments.)

OUI NON

Si vous cochez la case **OUI**, indiquez le montant mensuel, ou si ce montant varie d'un mois sur l'autre, indiquez le montant de la moyenne mensuelle pour année écoulée.

\$, .



NE PAS REMPLIR. CECI N'EST PAS UN FORMULAIRE DE DEMANDE.

- Si vous êtes célibataire, divorcé(e), séparé(e) ou veuf/veuve, et si vous n'avez pas travaillé au cours des deux dernières années, ignorez les questions 12 à 16 et passez directement à la page 6.
- Si vous êtes marié(e) et non séparé(e) et que ni vous ni votre conjoint(e) n'avez travaillé au cours des deux dernières années, ignorez les questions 12 à 16 et passez directement à la page 6.

12. Quelles sont vos prévisions de revenus avant impôt pour cette année ?

VOUS : AUCUN \$, .

CONJOINT(E) (non séparé(e)) : AUCUN \$, .

13. Si vous avez la qualité de travailleur indépendant, quelles sont vos prévisions de bénéfices nets ou de pertes nettes pour cette année ?

VOUS : AUCUN \$, .

CONJOINT(E) (non séparé(e)) : AUCUN \$, .

Si votre conjoint prévoit d'enregistrer une perte nette, cochez cette case.

VOUS :

CONJOINT(E) (non séparé(e)) :

14. Les montants indiqués par vous en réponse aux questions 12 ou 13 ont-ils diminué au cours des deux dernières années ?

OUI NON

15. Si vous (ou votre conjoint, si vous êtes mariés et non séparés) avez récemment cessé de travailler, ou si vous prévoyez de le faire, indiquez le mois et l'année de votre cessation d'activité.

★ **EXEMPLE :**

Pour janvier-septembre, faire précéder d'un zero (0) dans la 1ère case. Noter mai 2006 ainsi :	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>5</td><td>-</td><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>6</td> </tr> <tr> <td>MM</td><td></td><td></td><td>AA</td><td>AA</td><td>AA</td><td></td> </tr> </table>	0	5	-	2	0	0	6	MM			AA	AA	AA	
0	5	-	2	0	0	6									
MM			AA	AA	AA										

VOUS :
M M A A A A

CONJOINT :
(si vous n'êtes pas séparés) M M A A A A

- Si vous êtes célibataire, divorcé(e), séparé(e) ou veuf/veuve et âgé(e) d'au moins 65 ans, ignorez la question 16 et passez directement à la page 6.
- Si vous êtes marié(e) et non séparé(e), et que votre conjoint(e) et vous êtes âgés d'au moins 65 ans, ignorez la question 16 et passez directement à la page 6.

16. Devez-vous (ou votre conjoint, si vous êtes mariés et non séparés) payer pour des choses qui vous permettent de travailler ? Nous ne prendrons en compte qu'une partie de vos gains pour la détermination du plafond de revenu si vous travaillez et bénéficiez de prestations de sécurité sociale pour invalidité ou cécité, et si vous devez supporter des dépenses se rapportant à votre travail pour lesquelles vous n'êtes pas remboursé(e). Au nombre des exemples de telles dépenses figurent : le coût des traitements médicaux et médicamenteux du SIDA, du cancer, de la dépression ou de l'épilepsie ; un fauteuil roulant ; les services d'une aide individuelle ; les modifications de véhicule, le recours à un chauffeur ou tous autres besoins spéciaux, en termes de transport, se rapportant à votre travail ; la technologie d'assistance à caractère professionnel ; les dépenses liées aux chiens guides d'aveugle ; les aides tactiles et visuelles ; les traductions en braille.

VOUS : OUI NON

CONJOINT(E) (non séparé(e)) : OUI NON



NE PAS REMPLIR. CECI N'EST PAS UN FORMULAIRE DE DEMANDE.

Signatures

Je/Nous comprends/comprenons qu'en présentant cette demande, je/nous déclare/déclarons à peine de parjure avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur ce formulaire, et que celles-ci sont, à ma/notre connaissance, sincères et véritables. Je/Nous comprends/comprenons que toute personne qui, en connaissance de cause, formule une déclaration erronée ou trompeuse concernant un élément important de ces informations, ou incite quelqu'un d'autre à agir de la sorte, se rend coupable d'une infraction passible d'une peine de prison ou d'autres sanctions, ou des deux. Je/Nous comprends/comprenons que l'Administration de la sécurité sociale (Social Security Administration, SSA) vérifiera mes/nos déclarations et comparera ses dossiers par rapport à ceux de diverses instances fédérales, d'État et locales, y compris les services fiscaux, pour nous assurer que les données dont nous disposons sont exactes. En soumettant la présente demande, j'autorise/nous autorisons SSA à obtenir et à divulguer des informations se rapportant à mes/nos revenus, ressources et actifs, aux États-Unis et à l'étranger, conformément au droit en vigueur. Ces informations peuvent notamment comporter des données relatives à mon/nos salaire(s), aux soldes de mon/mes/nos compte(s), à mes/nos investissements, ma/mes/nos polices d'assurance, avantages et pensions. **Veillez remplir la Section A. Si vous n'êtes pas en mesure de signer, un représentant pourra le faire pour vous. Si quelqu'un vous a aidé, remplissez également la Section B.**

SECTION A

Votre signature 	La signature de votre conjoint 	Numéro de téléphone (____) _____ - _____
Votre adresse postale – rue :		Appt. n° :
Ville :	État :	Code postal :
Votre adresse postale – rue (si elle diffère de celle de votre domicile) :		Appt. n° :
Ville :	État :	Code postal :

Si vous avez récemment changé d'adresse, cochez cette case :

Si vous préférez que nous contactions quelqu'un d'autre, ou si vous souhaitez poser d'autres questions, veuillez indiquer le nom de la personne et son numéro de téléphone pendant la journée.

Prénom (en caractères d'imprimerie) :	Nom (en caractères d'imprimerie) :	Numéro de téléphone : (____) _____ - _____
---------------------------------------	------------------------------------	---

SECTION B

Si vous aidez quelqu'un d'autre, cochez la case vous décrivant et indiquez votre numéro de téléphone, ainsi que votre adresse pendant la journée.

<input type="checkbox"/>	Membre de la famille	<input type="checkbox"/>	Avocat	<input type="checkbox"/>	Autre représentant	<input type="checkbox"/>	Autre précisez : _____
<input type="checkbox"/>	Ami(e)	<input type="checkbox"/>	Instance administrative	<input type="checkbox"/>	Travailleur social		

Prénom (en caractères d'imprimerie) :	Nom (en caractères d'imprimerie) :	Numéro de téléphone : (____) _____ - _____
Adresse		Appt. n° :
Ville	État/département	Code postal



NE PAS REMPLIR. CECI N'EST PAS UN FORMULAIRE DE DEMANDE.

Loi sur la protection de la vie privée/Avis relatif à la simplification des tâches administratives

L'article 1860 D-14 de la loi sur la sécurité sociale (*Social Security Act*) autorise la collecte des données demandées dans ce formulaire. Les informations fournies par vous seront utilisées pour permettre à l'Administration de la sécurité sociale de déterminer si vous remplissez les conditions requises pour contribuer au paiement de votre part du coût d'un Plan Medicare de médicaments sur ordonnance (Medicare Prescription Drug Plan). Il n'est pas nécessaire que vous nous communiquiez les informations demandées. Toutefois, si vous ne nous communiquez pas ces informations, nous ne serons pas en mesure de prendre une décision exacte et ponctuelle concernant votre demande. Nous pourrions transmettre les informations collectées par le biais de ce formulaire à une autre autorité administrative fédérale, d'État ou locale, pour nous aider à déterminer vos droits à une aide supplémentaire, ou si le droit fédéral prévoit la communication de données.

Nous pourrions également faire usage des informations communiquées par vous pour vérifier les dossiers par ordinateur. Les programmes de correspondance permettent de comparer nos dossiers à ceux d'autres instances administratives fédérales, d'État ou locales. Diverses instances peuvent faire appel à des programmes de correspondance pour déterminer si une personne remplit les conditions requises pour bénéficier de prestations des autorités fédérales, ou en rapporter la preuve. Le droit nous autorise à agir de la sorte, même en l'absence d'autorisation de votre part. De plus amples explications au sujet des raisons pour lesquelles les informations communiquées par vous peuvent être utilisées ou communiquées sont à votre disposition dans les bureaux de la Sécurité sociale. Si vous souhaitez en savoir plus à cet égard, contactez un bureau de la Sécurité sociale.

Déclaration relative à la loi sur la simplification des procédures administrative ; cette collecte d'information est conforme aux dispositions de l'article 44 U.S.C. § 3507, tel que modifié par l'article 2 de la loi de 1995 sur la simplification des procédures administrative (*Paperwork Reduction Act*). Vous n'êtes tenu(e) de répondre à ces questions que sur présentation d'un numéro de contrôle valide de l'Office de gestion et du budget (Office of Management and Budget). Nous estimons qu'environ 35 minutes vous seront nécessaires pour prendre connaissance des instructions, réunir les éléments de fait et répondre aux questions. Vous pouvez communiquer vos commentaires concernant notre estimation de temps ci-dessus, à : Social Security Administration, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401 – États-Unis. **Envoyez à cette adresse uniquement les commentaires se rapportant à notre estimation de durée, et non le formulaire dûment rempli.**

ADRESSEZ LE FORMULAIRE REMPLI À L'ADRESSE FIGURANT SUR L'ENVELOPPE PRÉ-ADRESSÉE JOINTE :

**Administration de la sécurité sociale
Wilkes-Barre Data Operations Center
P.O. Box 1020
Wilkes-Barre, PA 18767-9910 États-Unis**